351

# THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(Mention Médecine)

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR

**LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ**

**(Mention Médecine)**

# L'ABCÈS PELVIEN

## Suite opératoire

## de l'Appendicite à chaud

**(Abcès résiduel de Turner)**

PAR

**M. E. JAY-Y-RUIZ**

Ancien Externe des hôpitaux de Paris
Ancien Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie à la Clinique Tarnier
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

*Président :* M. POZZI, PROFESSEUR

PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1914

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TEISSIER |
| Pathologie Chirurgicale | LEJARS |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | Auguste BROCA |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeuthique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | Pierre DELBET<br>QUENU<br>RECLUS |
| Clinique ophtalmologique | HARTMANN |
| Clinique des maladies des voies urinaires | DE LAPERSONNE<br>LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMOND-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN |

## Agrégés en exercice

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUENIOT | LEREBOULLET | RIBIERRE |
| BERNARD | GUILLAIN | LERI | RICHAUD |
| BRANCA | JEANNIN | LŒPER | ROUSSY |
| BRUMPT | JOUSSET André | MAILLARD | ROUVIERE |
| CAMUS | LABBE Henri | MOCQUOT | SAUVAGE |
| CASTAIGNE | LAIGNEL-LAVASTINE | MULON | SCHWARTZ |
| CHAMPY | LANGLOIS | NICLOUX | SICARD |
| CHEVASSU | LECENE | NOBECOURT | TANON |
| COUVELAIRE | LEMIERRE | OKINCZYC | TERRIEN |
| DESMAREST | LENORMANT | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RATHERY | VILLARET |
| GREGOIRE | | RETTERER | ZIMMERN |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

*Externat :*

M. le Professeur BAR

(Clinique Tarnier, 1907-08)

M. le Docteur MICHAUX

(Hôpital Beaujon, 1908-09)

M. le Docteur LECÈNE

(Hôpital du Bastion 29, 1910-11)

M. le Docteur LAISNÉ

(Hôpital du Bastion, 1910-11)

M. le Docteur PAPILLON

(Hôpital du Bastion 29, 1911-12)

A NOS AUTRES MAITRES

M. le Professeur ACHARD

MM. les Docteurs FAISANS SCHWARTZ, BRINDEAU, LEQUEUX, DEVRAIGNE, CATHALA, CLUFOLIAU

*témoignage de sincère reconnaissance.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

*A qui nous adressons l'hommage de nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.*

# AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous tenons à adresser à tous ceux qui ont contribué à notre formation médicale, chirurgicale et obstétricale notre très profonde et très vive reconnaissance.

M. le Docteur Faisans dans le service duquel nous avons débuté à l'Hôtel-Dieu, nous a témoigné sa bienveillance et nous a fait profiter de son enseignement clinique lumineux et fécond, nous garderons un souvenir précieux du temps que nous avons passé auprès de lui.

M. le Professeur Bar fut notre maître en obstétrique et en nous confiant les fonctions de moniteur dans son service, il nous a donné une marque de confiance pour laquelle nous l'assurons de toute notre gratitude.

M. le Docteur Michaux, notre premier Maître en chirurgie voudra bien recevoir l'hommage du souvenir que nous avons gardé de sa paternelle direction.

M. Lecène qui nous a permis dans son service de consultation de l'Hôpital Bichat d'acquérir la pratique de la chirurgie journalière, nous lui sommes obligés pour son bon accueil et ses marques de sympathie.

MM. les Docteurs Lesné et Papillon nous ont initié à l'étude des maladies contagieuses dans leurs services du Bastion 29. Nous leur devons nos connaissances sur ce point particulier et important de la pathologie.

Nous voulons remercier tout spécialement M. le Docteur Paul Legueux. Il fut durant le temps de son clinicat à la clinique Tamier notre prochain,utile et affectueux conseiller. C'est sous sa direction que nous nous sommes exercé aux interventions obstétricales .

# INTRODUCTION

Il est depuis longtemps acquis que l'appendicite peut soit se manifester sous une forme pelvienne soit s'accompagner, à titre de complications, de collections pelviennes.

L'appendicite à forme pelvienne proprement dite, due à une situation anormale de l'appendice ne rentre pas dans le cadre de notre travail.

Les collections pelviennes qui viennent compliquer une appendicite primitivement de siège normal peuvent se présenter sous différents aspects et dans différentes conditions.

Il peut s'agir d'une appendicite dont l'évolution sourde n'est révélée au chirurgien que lors de la constitution d'un abcès du cul de sac vésico rectal, il peut aussi s'agir d'une appendicite à début franc au cours de laquelle s'installe un abcès du cul de sac de Douglas qui se trouvera contemporain de l'intervention opératoire.

Mais il peut aussi survenir, plusieurs jours après l'appendicectomie chez des sujets ayant eu une appendicite à forme sévère, une collection pelvienne. Cette complication, qui n'est pas extrêmement rare, revêt une allure assez particulière qui permet de la dépister faci-

lement et par une intervention très simple de faire disparaître les risques qu'elle peut faire courir au malade.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre, leur fréquence paraît d'ailleurs devoir augmenter aujourd'hui que tout le monde est à peu près d'accord sur l'intervention très précoce dans l'appendicite, et sur le conseil de M. le Dr Chifoliau que nous remercions de nous avoir indiqué le sujet de cette thèse nous avons recherché dans la littérature de l'appendicite les observations analogues.

S'il existe un grand nombre de travaux sur les formes pelviennes de l'appendicite, sur les abcès pelviens survenant au cours de cette affection, les auteurs semblent au contraire s'être désintéressés de l'abcès du cul de sac de Douglas, suite opératoire de l'appendicectomie pour appendicite à chaud. On le voit cité incidemment et brièvement dans quelques travaux, ceux de Rotter, de Bérard et Patel, de Lockwood. Les thèses importantes de Esnault, Chevalier, Dormoy, Senéchal ne traitent pas la question. Le très récent traité de MM. Bérard et Vignaud sur l'appendicite y fait allusion dans les termes suivants : « d'autres fois au contraire, après une intervention abdominale suivie de résection de l'appendicite, on verra dans les jours qui suivent l'appendicectomie, se collecter une poche pelvienne qui évoluera presque pour son propre compte (1) ». Aucun autre détail n'y est donné sur le sujet.

C'est Grey Turner (2) qui a le mieux étudié la question dans un bon article paru en 1906 dans « *The Practitioner* ».

(1) Bérard et Vignard « *L'appendicite* ». Paris, Masson 1914, p. 304.

(2) G. Grey Turner. « Some aspects of pelvic appendicitis ». The Practitioner 1906, p. 198.

Il y a classé les divers abcès pelviens et paraît, dans la forme qui nous occupe, avoir exactement observé les conditions d'apparition, l'évolution et le traitement de l'abcès pelvien secondaire à l'appendicectomie.

Dans ce travail après avoir limité notre sujet et décrit l'aspect clinique de l'abcès pelvien, postopératoire nous essaierons d'en donner l'explication puis dans un dernier chapître nous envisagerons son traitement.

## CHAPITRE PREMIER

# Tableau clinique de l'abcès pelvien résiduel

Ce ne sont point les appendicites bénignes qui se compliquent d'abcès pelviens ou autres. De telles appendicites lèsent au minimum le péritoine, elles n'ont aucune tendance extensive. Ce sont au contraire les cas graves, avec péritonite qui volontiers donneront naissance à une collection dans un repli du péritoine, dans les parties déclives du bassin par exemple.

Les appendicites graves avec abcès peuvent, d'après Turner en engendrer de trois types.

a. *Primaires :* lorsque l'appendice est situé dans le bassin et qu'un abcès se forme autour de lui.

b. *Secondaires :* Lorsqu'un abcès pelvien forme comme une extension d'un abcès de la fosse iliaque droite.

c. *Résiduels :* ils peuvent être le résultat d'une fixation de l'exsudat péritonéal septique dans les cas heureux de péritonite généralisée septique, ils peuvent être aussi le résultat d'une suppuration pelvienne venant après les opérations pour appendicite ».

C'est précisément ce dernier type que nous envisageons ici, cette seconde variété d'abcès résiduels.

Turner la subdivise à son tour en deux parties : « elle

survient, écrit-il, après les opérations pour appendicite aigüe ou les abcès de la fosse iliaque droite ».

On retrouve dans nos observations ces deux origines.

Nous pouvons maintenant exposer sous quel aspect clinique se présente l'abcès résiduel.

Il s'agira donc d'un sujet atteint d'appendicite grave, chez lequel on aura pratiqué l'appendicectomie avec large drainage. L'intervention aura montré souvent un appendice perforé, point de départ d'une péritonite généralisée.

Il pourra s'agir encore d'un malade porteur d'un abcès de la fosse iliaque auquel on aura ouvert son abcès et reséqué son appendice (obs. X, XI et XII).

Après l'intervention, le mieux se manifeste, la température tombe, quelquefois à la normale, quelquefois incomplètement. Le pouls redevient bon, le cours des matières se rétablit, la langue se nettoie, en un mot le malade paraît en excellente voie de guérison.

Après un temps variable dont la durée moyenne est évaluée à 11 jours par Turner, avec des exemples d'intervalles plus courts (5 jours) ou plus longs (18 jours) des modifications se produisent dans l'état général du malade la température remonte, parfois le facies s'altère, le pouls redevient rapide, et naturellement l'attention du chirurgien est attirée vers l'abdomen. D'ailleurs le cours des matières s'est interrompu, l'émission des gaz est douloureuse, il y a du ténesme. L'examen de l'abdomen le montre ballonné, douloureux, la région hypogastrique est mate, la vessie est pleine de liquide, le malade n'urine plus ou urine peu et la miction est douloureuse, quelque fois le tableau devient celui d'une occlusion intestinale subaigüe. Si le chirurgien pratique alors le toucher rectal,

il découvre, au dessus de la prostate chez l'homme dans le cul de sac de Douglas une collection qui bombe sous forme d'une tumeur arrondie, molle, douloureuse au toucher. Il s'agit d'un abcès pelvien résiduel. Si le toucher rectal est négligé, les phénomènes généraux s'accusent et si tout se passe bien, il sort d'abord par l'anus du mucus puis l'abcès se crève et s'évacue spontanément. Mais le pus peut aussi fuser vers le haut entre les anses intestinales agglutinées et allumer la péritonite généralisée mortelle.

Si l'abcès étant reconnu on l'ouvre, immédiatement tout s'amende, la fièvre tombe, les phénomènes d'occlusion disparaissent et la guérison est la règle.

Le tableau clinique n'est pas toujours aussi complet mais on attachera la plus grande importance aux troubles urinaires, aux épreintes qui traduisent l'inflammation du péritoine pelvien et à la réascension de la température.

Cette complication sans être extrêmement fréquente n'est pas d'une absolue rareté, Turner l'a notée 11 fois sur 500 appendicites aigües opérées soit dans plus de deux pour cent des cas. Elle risque donc dans un service de chirurgie un peu actif de se présenter plusieurs fois dans une même année.

## CHAPITRE II

---

# Traitement

Le traitement de cette complication est extrêmement simple. L'ouverture spontanée quand elle se produit se fait dans le rectum et aboutit à la guérison. C'est par là qu'on abordera l'abcès pelvien. Cette voie nous paraît présenter de nombreux avantages.

Elle constitue un accès facile, la pose d'une valve n'est même pas absolument nécessaire, le doigt peut servir de guide à l'instrument.

Elle ne risque pas comme la voie abdominale de disséminer l'infection, le processus de défense spontané du péritoine est respecté.

Elle assure un bon drainage l'ouverture étant au point déclive.

Elle n'expose guère aux complications l'hémorragie rectale qui a été signalée est bénigne sinon insignifiante.

Nous croyons inutile, de fixer à l'exemple de Bérard (obs. III) la partie inférieure de la place rectale à l'anus, une telle pratique ne sert à rien et n'est peut-être pas exempte de dangers.

En outre de la voie rectale, on pourra utiliser, chez la

femme la voie vaginale et évacuer l'abcès par une colpotomie postérieure. C'est également un bon procédé, présentant les mêmes avantages que la voie rectale.

Dans l'un et l'autre cas on pourra draîner, le drain restera en place deux ou trois jours et s'éliminera de lui-même, on peut pratiquer des lavages rectaux (M. Chifoliau obs. IV). Tout cela n'est pas en général nécessaire.

Il faut citer le procédé que nous voyons employé dans notre observation XII par le Dr. Pierre Duval. Lorsque la plaie opératoire n'est pas fermée, on pourra écarter prudemment les anses intestinales et évacuer ainsi le pus collecté dans le Douglas que l'on repoussera avec le doigt de l'autre main introduit dans le rectum.

Nous préférons les voies rectale ou vaginale car nous pensons qu'il y a moins de risques d'infecter le péritoine sain et que le drainage se fait mieux.

Nous déconseillons d'employer et nous ne citons ici que pour mémoire : les voies d'accès perinéale ou sacrée. Elles n'offrent aucun avantage et constituent, surtout la dernière, une intervention considérable, tout à fait disproportionnée au traitement d'un abcès que le doigt introduit dans le rectum suffit parfois seul à ouvrir.

CHAPITRE III

## Causes de l'abcès pelvien résiduel

Turner explique de deux façons la formation de l'abcès pelvien résiduel.

Il en voit une cause dans la suppuration tardive de l'exsudat séreux que l'on rencontre souvent, dans le bassin au cours des cas aigus.

Il en voit une autre dans l'extension du foyer septique souvent remarquée dès la première intervention, lorsque par exemple on voit de la lymphe et un peu de pus sur l'intestin grêle contenu dans le bassin.

Il nous paraît vraisemblable qu'après une intervention pour appendicite avec péritonite généralisée une goutte de pus puisse rester au point déclive où l'accès lui est d'ailleurs favorisé par la position assise qu'on donne volontiers aux opérés.

Dans d'autres cas lorsque l'intervention n'a pas montré de péritonite généralisée, il est vraisemblable d'admettre qu'en réalité l'infection péritonéale est beaucoup plus avancée qu'elle ne le semble et surtout beaucoup plus étendue.

Y a-t-il des indications pratiques à tirer de ces pathogénies ?

Faut-il mieux draîner systématiquement le cul de sac de Douglas, même s'il est en apparence sain lors de l'intervention ? Nous ne le pensons pas, et nous verrions plutôt là un risque d'extension.

Nous ne considérons pas d'ailleurs l'abcès pelvien résiduel comme une complication très grave si on sait le dépister et le traiter. Il constitue plutôt une sorte d'abcès de fixation péritonéal, ou dans d'autres cas, un draînage naturel et le chirurgien qui place son malade en position de Fowler sait qu'il recherche ainsi le draînage du péritoine et la localisation pelvienne d'une infection qui serait mortelle si elle restait générale.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

(Personnelle, inédite)

*Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Ablation de l'appendice perforé. Amélioration. Réapparition de la température élevée 4 jours plus tard. Evacuation spontanée d'un abcès du Douglas neuf jours après l'intervention. Guérison.*

Mlle P... Maria 20 ans dentiste entre le 7 mai 1914 à l'hôpital Lariboisière salle Gosselin dans le service du Dr Beurnier pour appendicite aiguë.

*Antécédents.* — Depuis 4 ans la malade souffrait parfois du côté droit (petites crises douloureuses n'obligeant pas à prendre le lit). Pas de passé d'entéritique ni constipation, ni diarrhée, ni selles glaireuses).

Début dans la nuit du 4 au 5 mai, quelques douleurs de ventre dans l'après midi, plus marquées le soir. La malade mangea peu se coucha et s'endormit. Vers minuit réveil par vomissements, d'abord alimentaires puis bilieux qui se sont continués jusqu'au matin. Etat stationnaire du côté du ventre, douleur en urinant.

Le matin cessation des vomissements et accroissement de la douleur abdominale (dans tout le ventre). Le médecin appelé constate un ventre douloureux partout. Prescrit glace sur le ventre, pilules d'extrait thébaïque, diète hydrique.

Le lendemain (6 mai) douleurs plus marquées à droite pas de

selle. Appel du chirurgien (Dr Chifoliau) le jeudi 7. L'état de la malade s'étant aggravé (douleurs plus vives).

Examen le 7 à 5 h. du soir par le Dr Chifoliau. Facies altéré, yeux cernés, teint grisâtre, ventre ballonné, douloureux malgré la glace défense de la paroi surtout à droite. Toucher rectal négatif.

Pouls à 120 d'assez bonne qualité.

Température 39°2.

On décide le transport d'urgence à l'hôpital Lariboisière (Service du Dr Beurnier).

Opération à 10 heures du soir. Anesthésie à l'éther. Péritonite généralisée, fausses membranes.

Appendice rouge descendant vers le bassin, à son extrémité calcul stercoral et perforation.

Ablation de l'appendice, deux drains, deux mèches.

Sérum intrarectal au goutte à goutte et sous-cutané. Position, demi assise.

Suites opératoires normales ; cependant la température reste aux environs de 38°.

Le 11 mai elle remonte à 39°, la malade se sent plus mal.

Dans la nuit du 15 au 16 le 9e jour après l'intervention, évacuation spontanée d'une grande quantité de pus fœtide par l'anus. Le matin chute de la tempérture à 37°2 ; grande amélioration générale.

Le 24 nouvelle élévation de température qui disparaît rapidement sans localisation nouvelle.

Sort guérie le 7 juin.

## OBSERVATION II

### Turner (The Practitioner 1906 p.208)

*Ablation d'un appendice perforé. Laparotomie 7 jours plus tard pour obstruction intestinale. 18 jours après la première intervention phénomènes généraux ; température ; formation d'un abcès pelvien haut situé ouvert spontanément dans le rectum les jours suivants. Guérison.*

Un garçon de 10 ans est opéré 12 heures après la perforation de l'appendice, et 48 heures après le premier symptôme de maladie abdominale.

L'appendice était dans le pelvis ; il était gangrené et perforé. Il y avait du liquide purulent tout autour, et les anses voisines étaient couvertes d'exsudat. L'auteur épongea le liquide et fit pénétrer soigneusement la gaze et le drain dans le pelvis. Néanmoins on discute la possibilité de formation d'un abcès pelvien ou d'une obstruction intestinale. Exactement une semaine après l'opération l'auteur fut obligé de réouvrir l'abdomen à cause d'une obstruction aiguë, plusieurs anses intestinales étant devenues adhérentes dans le pelvis. Le malade se tira de cette opération aussi bien qu'avant. Mais après 11 jours l'état s'aggrava. Il avait des coliques abdominales, la T = 37°7. P =110. L'incision médiane quoique guérie était un peu rouge, et juste au dessous d'elle on sentait une masse arrondie douloureuse, au dessus de laquelle on voyait l'intestin se contracter. On n'atteignait pas cette masse per rectum. Durant les 4 jours suivants l'abcès s'élevait graduellement vers le rectum où il s'ouvrit. Tous les symptômes s'améliorèrent immédiatement.

### OBSERVATION III

(M. Bérard — in Bérard et Patel)

*Revue de gynécol. et de Chir. abdominale* 1903

*Appendicite perforante. Laparotomie iliaque résection de l'appendice. Laparotomie rectale ; drainage dix jours après, pour abcès pelvien. Guérison.*

Il s'agit d'un jeune garçon de 17 ans, maçon entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 17 septembre 1901, pour une crise d'appendicite aiguë datant de quatre jours.

Brusquement, en pleine santé, il avait ressenti de violentes douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, et pendant trois jours avait souffert sans rémission, et pourtant sans nausées ni vomissements.

A l'examen, je trouvai un plastron empâté et douloureux

dans la fosse iliaque droite, sans symptômes de péritonite diffuse. La paroi abdominale et le diaphragme avaient conservé leurs mouvements dans la respiration. La température (38°7) semblait en accord avec le pouls (120).

Rien au toucher rectal.

Le facies était bon je crus pouvoir temporiser. Pourtant je demandai à l'interne du service de me prévenir à la moindre alerte.

Dans l'après midi du même jour, ascension du thermomètre à 39°7, accélération du pouls à 140, douleurs irradiées à tout l'abdomen, facies altéré, diaphragme fixé, ballonnement diffus.

J'interviens alors par la laparotomie iliaque.

A l'incision du péritoine pariétal qui est très épaissi, il s'écoule quelques gouttes de sérosité purulente ; puis apparaît le cœcum, congestioné, tapissé d'exsudats fibrineux ; et, en arrière de lui je trouve l'appendice du volume du petit doigt qui vient de s'ulcérer près de sa base et qui a encore un calcul stercoral engagé dans l'orifice de la perforation. Cet appendice baigne dans un liquide séro-purulent, fétide, sans adhérences protectrices du grand péritoine. Les anses intestinales visibles sont livides et dépolies. Après la résection de l'appendice, je fais un large drainage à la gaze, sans suture de la paroi.

Dès le lendemain, les phénomènes les plus inquiétants rétrocèdent, bien que la température se maintienne entre 38° et 38°6 pendant trois jours. On continue les injections et les lavements de sérum qui ne provoquent aucune selle. Au bout de six jours, l'abdomen se ballonne à nouveau, le thermomètre remonte à 38°8, la langue devient sèche, la peau terreuse. Le malade accuse des douleurs de plus en plus vives dans le bassin avec des épreintes rectales.

Le toucher révèle alors dans le cul-de-sac de Douglas une grande collection bombant fortement, qui est incisée par le rectum dix jours après la première opération.

L'incision, faite au ciseau, après dilatation moyenne de

l'anus , donne écoulement à un litre environ de pus très fétide. Pas d'hémorragie notable. Un gros drain est introduit par le rectum dans la cavité de l'abcès pelvien ; en arrière de ce drain, la paroi rectale antérolatérale est abaissée jusqu'à l'anus où on la suture.

Cette suture cède au septième jour, sauf en un point que l'on enlève alors. Le drain rectal est retiré au bout d'un mois.

Le 31 octobre,le malade quitte l'hôpital. Il est resté guéri depuis.

## OBSERVATION IV

(M. Chifoliau inédite)

*Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Ablation de l'appendice perforé. Amélioration rapide. Température et pouls normaux 5 jours après l'intervention. 17 jours après celle-ci abcès de Douglas ouvert et drainé par la voie rectale. Guérison.*

Mlle Eugénie B.. 13 ans entre rue Henner pour une appendicite aiguë le 29 juillet 1912.

Le début de la maladie remonte à la nuit du 23 au 24 juillet (mardi au mercredi). Deux jours auparavant, pendant son congé du dimanche avait mangé des groseilles vertes.

La maladie débute par de vives douleurs dans le ventre, de la diarrhée et des vomissements. Purgation le 24 juillet.

Vue par un médecin qui fit administrer à plusieurs reprises des lavements huileux qui restèrent inefficaces.

J'examine la malade le 29 juillet (lundi) 6 jours pleins après le début.

Le pouls est à 116 mou et dépressible, régulier.

La température rectale à 37°7.

Le facies est franchement péritonéal.

Le ventre est très ballonné, douleur surtout à droite au point de Mac Burney, mais douloureux aussi à gauche et à l'épigastre. Pas de gaz par l'anus depuis le début.

Au toucher rectal je ne sens pas de collection pelvienne. Il n'y a plus de vomissements.

J'opère le même jour le 29 juillet à 8 h. du soir sous l'éther.

Incision sur le bord externe du droit le cœcum fait hernie, au-dessus et en arrière de lui, nappe de pus fœtide.

Intestin grêle rouge parsemé de fausses membranes l'appendice descendant, gros, caché sous de fausses membranes est attiré péniblement, il est perforé au niveau de sa base. Les tentatives d'extraction amènent sa déchirure complète.

Le moignon sphacélé est lié en même temps que le méso et cautérisé au thermo.

Deux gros drains entourés de mèches plaie largement ouverte, durée de l'opération 25 minutes tout compris.

La malade est placée dans la position demi-assise, la tête du lit surélevée.

Sérum intrarectal continu au goutte à goutte.

Sérum sous la peau. Glace sur le ventre. Huile camphrée.

La température pendant les premiers jours reste élevée au voisinage de 39° le pouls 120. Pansements quotidiens avec aspiration.

2 août. — Ablation d'un drain.

3 août. — Ablation des mèches. Ventre moins ballonné, pouls 72.

Température 37-4. Selle.

Tout semblait en bonne voie. Les drains supprimés et la plaie seulement tamponnée légèrement lorsque le 15 août la température s'élève de nouveau à 38°5, l'intestin fonctionne mal, les lavements sont mal supportés, douloureux et n'amènent pas d'expulsions de matières.

Le toucher rectal permet de sentir très haut une induration douloureuse.

Le 16 août sous anesthésie incision rectale, issue d'un verre de pus fétide. Mise en place d'un drain. La température tombe Le drain est expulsé au bout de 48 heures. Grands lavages rectaux à la sonde à double courant.

La petite malade rentre chez elle le 12 septembre. J'ai revu la malade en octobre. Plaie cicatrisée Cicatrice solide.

Etat général bon, la malade a engraissé.

## OBSERVATION V

(Turner. The Practitioner 1906)

*Appendicite aiguë. Laparotomie. Péritonite. Ablation de l'appendice. Abcès pelvien 12 jours après l'intervention. Incision par le rectum. Guérison.*

Un jeune homme de 27 ans est opéré à la fin de la 3e journée d'une attaque d'appendicite aiguë. L'appendice était dans le sillon sur le côté externe du cœcum ; il y avait très peu de pus, mais beaucoup d'œdème et de sérosité. Il y avait du liquide clair mais non purulent dans le pelvis. L'appendice fut enlevé et la région drainée avec de la gaze. Après l'opération l'état du malade ne fut jamais complètement satisfaisant. Il était déprimé, avait la langue chargée et ne pouvait pas dormir. Vers le 12 jour il se plaignit de borborygmes, de douleurs intestinales. Dans la matinée du 14e jour les symptômes étaient ceux d'une obstruction intestinale subaïque, mais l'intestin se vide après de l'huile de ricin. On découvrit une masse mal définie dans le bas ventre, et par le rectum on senti un gonflement sensible et fluctuant un peu plus haut que d'habitude. Cette masse fut ponctionnée dans le rectum sous anesthésie et donna issue à 1 pinte et demie de pus très fétide. Après le malade s'améliora immédiatement et complètement. Il est intéressant à noter, que malgré tout ce fut dans l'abdomen la T° ne monta jamais au dessus de 37°7 et le jour de l'ouverture de l'abcès n'atteignait que 36°4. De même le pouls variait entre 76 et 80.

## OBSERVATION VI

(MM. Reynier et Chifoliau inédite)

*Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite générale. Ablation de l'appendice Disparition des phénomènes généraux. Cinq jours plus tard reprise de la température et des phénomènes généraux. Dix jours après la première intervention : ouverture par la voie rectale d'un abcès du Douglas. Drainage. Chute de la température. Guérison.*

Le nommé Ch... Marc entre dans le service du Dr Reynier salle Ambroise Paré à l'hôpital Lariboisière le 3 août 1913 parce qu'il souffre beaucoup du ventre .

Le début des accidents remonte au 25 juillet, à cette date, douleurs de ventre très marquées et continues qui ont débuté dans la matinée le malade va à la selle ce matin-là.

Le lendemain persistance des douleurs avec la même violence. Un médecin appelé fait le diagnostic d'entérite et à partir de ce jour-là le malade garde le lit.

Le vendredi 27 juillet, crises douloureuses plus fortes, avec cette fois vomissements un peu sanglants.

Samedi nouveaux vomissements : on prescrit des boissons glacées.

Le dimanche 3 août le malade entre à l'hôpital.

Le faciès est altéré, le nez pincé, les yeux cernés, et brillants, faciès péritonéal.

La respiration est irrégulière, le pouls rapide, faible et irrégulier, la température à 38°, hoquet continuel.

Les douleurs de ventre ne sont plus très fortes, le ventre est ballonné, sensible à la palpation, mais la douleur profonde réveillée par la pression est surtout forte au niveau de la fosse iliaque droite au point de Mac Burney.

Par le toucher rectal on a l'impression qu'il existe du pus dans la fosse iliaque droite — très haut placé. — Rien dans le Douglas lui-même. L'opération est pratiquée d'urgence par le docteur Reynier. On trouve une péritonite généralisée avec pus abondant, appendice perforé.

Ablation de l'appendice ; drainage par drains et mèches.

L'état s'améliore immédiatement : chute de la température.

Quatre à cinq jours après l'intervention la température remonte, l'état du malade s'altère à nouveau et de nouvelles douleurs abdominales se manifestent. Le malade ne va pas à la selle. Gaz douloureux, dysurie.

Dix jours après la première intervention M. Chifoliau examine le malade, pratique le toucher rectal qui révèle une collection du cul-de-sac de Douglas bombant dans le rectum.

M. Chifoliau décide d'intervenir.

Anesthésie générale au chloroforme.

Ponction de la paroi rectale. Il s'écoule une quantité assez considérable d'un pus jaunâtre, fétide ; un drain et deux mèches.

Chute de la température.

Guérison, le malade sort le 8 septembre.

## OBSERVATION VII

(Lockwood. Appendicitis. Londres, 1906, p. 323).

*Appendicite aiguë ulcéreuse avec concrétion, perforation et formation ultérieure d'un abcès dans le cul-de-sac de Douglas.*

La malade était une femme âgée de 28 ans. Le 11 février elle fut exposée au froid et à l'humidité et le 12, au cours d'un voyage fatiguant en chemin de fer elle fut saisie de vives douleurs abdominales. Arrivée à Londres elle est obligée de s'aliter et est visitée le 14 par l'auteur.

La dernière garde robe remontait au 12, émissions de gaz de temps en temps. L'abdomen est distendu mais est mobile avec la respiration. Sensibilité exquise de la région cœcale. On ne perçoit pas de tumeur mais la paroi est très adipeuse. L'utérus est mobile mais douloureux, les mictions sont difficiles et douloureuses. T° = 38°8, P = 120, les aliments sont vomis aussitôt après l'ingéstion.

Dans la matinée du 15 émission de gaz seulement, après un lavement. La région douloureuse a augmenté, et couvre maintenant le flanc droit, la fosse iliaque et les régions inguinales et hypogastriques correspondantes.

Laparotomie est faite suivant la ligne semi-lunaire droite. Echappement de pus fétide et de gaz. On trouve des abcès autour du cœcum, le long du colon droit et parmi les anses de l'intestin grêle.

L'appendice fortement enflammé est adhérent au bout du cœcum, et est perforé à 1 pouce environ de son origine ; la

perforation est située à la jonction avec le méso-appendice. On trouve une concrétion fécale dans la partie au-delà de la perforation. L'auteur ignore si une autre concrétion s'est échappée par la perforation pendant l'excision de l'appendice. En se souvenant de la douleur dans la région de l'utérus, et aussi de la douleur à la miction, l'auteur inspecte avec son doigt le cul de sac de Douglas, mais ne trouve pas de pus.

On laisse deux gros drains, l'un au-dessous du cœcum, l'autre en dedans du colon, là où on avait trouvé du pus.

Le 19, température normale, P. 96. Petit échappement de matières a travers la plaie.

Le 19 la malade n'est pas aussi bien. Elle eut un frisson et de la douleur a la miction.

Le 28 — T =39°4, P = 120. L'abdomen est très adipeux, mais on sent à sa partie inférieure de la sensibilité et de la réàsistance. Per vaginam on constate un point très sensible vers le côté gauche au fond du vagin ; on sent une collection tendue de liquide dans le Douglas. Une colpotomie postérieure permet d'évacuer au moins une pinte de pus extrêmement fétide.

Suites normales. Guérison. En deux mois les deux plaies sont guéries.

L'auteur se demande si l'abcès pelvien n'aurait pas été causé par l'exploration digitale qu'il fit au cours de l'intervention ou bien s'il avait été amorcé avant l'opération par l'extension de l'infection causée par la perforation appendiculaire malgré que l'appendice ne pendait pas dans le pelvis. il se range a cette dernière opinion.

## OBSERVATION VIII

(Inédite due à l'obligeance de M. Plaisant interne des hôpitaux)

*Appendicite aigue. Laparotomie : péritonite généralisée. Ablation de l'appendice. Amélioration. Chute de la température. Reprise de la température* 12 *jours après la première inter-*

*vention. Abcès du Douglas. Incision rectale. Drainage. Guérison.*

La jeune D..., âgée de 13 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 18 août pour une appendicite aigüe.

A été *prise le* 15 *août* d'une crise appendiculaire violente avec douleur marquée au point de Mac Burney.

Température 38°5, vomissements. Vue par un médecin elle est mise à la diète et traitée à la glace.

*Le* 18 *août* on l'amène à l'hôpital Trousseau : faciés péritonéal, pouls rapide et de mauvaise qualité, ventre ballonné douloureux surtout à droite ; le toucher rectal ne révèle rien dans le cul de sac de Douglas.

Laparotomie d'urgence, péritonite généralisée. Ablation de l'appendice un drain est placé dans la région appendiculaire et un autre dans le cul de sac de Douglas par la voie médiane.

Grande amélioration la température tombe presque à la normale.

Le 30 août douze jours après l'intervention la température remonte le toucher rectal révèle un abcès pelvien qui est ouvert par le rectum à la pince trocard. On draine. Guérison.

OBSERVATION IX (résumée inédite)

(MM. Reynier et Chifoliau)

R... Georges, 17 ans, garçon de café, entre le 13 août à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré pour une appendicite aigue. Opération d'urgence par M. Reynier. Plusieurs jours après abcès du Douglas ouvert par la voie rectale par M. Chifoliau.

OBSERVATION X (résumée inédite)

(MM. Sénéchal, Chifoliau et Reynier)

Rob... Armand, 19 ans, garçon charcutier entre le 24 août salle Amboise Paré à l'hôpital Lariboisière pour un abcès appendiculaire.

Incision et drainage le 28 août par M. Sénéchal et Chifoliau.

Le 21 novembre, ablation à froid de l'appendice par M. Reynier.

Plusieurs jours après incision par M. Chifoliau, par la voie rectale d'un abcès pelvien.

## OBSERVATION XI

(L. Bérard et Patel, rev. de gyn et chir. abd. 1903)

*Abcès iliaque antérieur, d'origine appendiculaire ; incision, drainage, appendice gangrené. Huit jours après, phénomènes fébriles, formation d'une collection pelvienne, ouverture par le rectum ; pas de drainage. Guérison au bout de quelques jours.*

Jeune homme de vingt ans, entré dans le service de M. le professeur Jaboulay, le 16 décembre 1901, pour une appendicite suppurée dont le début remonte à trois jours. Son histoire clinique est classique ; on constatait un énorme empâtement dans la fosse iliaque. Une incision pratiquée à ce niveau, permit d'évacuer un volumineux abcès appendiculaire antérieur, au milieu duquel on trouva l'appendice gangréné. Aucun diverticule ne conduisait dans la direction du petit-bassin. (1).

Cette opération fut immédiatement suivie d'un abaissement de température.

Cependant, vers la fin du mois, les phénomènes généraux réapparurent ; le malade se plaignit de souffrir de nouveau, la température s'éleva. Le toucher rectal, pratiqué dès que la situation commença à s'aggraver, démontra l'existence d'un point douloureux dans le cul-de-sac péritonéal. Peu à peu, la douleur augmenta, la tension du cul-de-sac s'accrut, une

(1) On lit d'autre part dans le texte du travail de MM. Bérard et Patel (p. 871) « l'appendice ayant été extirpé à la première intervention » à propos de cette même observation.

collection fluctuante vint bomber dans le rectum, au dessus de la prostate.

Le 2 janvier 1903, M. le professeur Jaboulay incisa la paroi antérieure du rectum sur la ligne médiane, au niveau du point saillant de la collection. Il s'écoula environ un demi litre de pus, aucun drainage ne fut établi.

Le soir de l'opération, hémorragie rectale, peu grave, nécessitant un tamponnement. Dès le lendemain, la température baisse, l'état général se relève ; il n'y a pas eu de nouvel écoulement de pus par le rectum.

Le malade est sorti huit jours après de l'hôpital, complètement guéri ; l'orifice rectal n'était plus perceptible ; il ne restait aucune trace de la collection première.

## OBSERVATION XII

(Dr Pierre Duval, inédite).

*Abcès appendiculaire. Incision. Ablation de l'appendice. Drainage. Chute de la température. Abcès pelvien* 11 *jours plus tard. Evacué par la plaie opératoire à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Guérison.*

Le nommé L... Georges est admis à la maison municipale de santé salle Monod lit N° 9 dans le service du Dr Pierre Duval pour une appendicite qui a débuté dans la nuit du 5 au 6 mars 1914.

Le malade n'a jamais eu antérieurement de crises appendiculaires.

Il a été pris dans la nuit du 5 au 6 mars de douleurs abdominales atroces, marquées surtout à droite, et accompagnées de vomissements et de diarrhée.

A son entrée à la maison de Santé il présente de la douleur dans la fosse iliaque droite et une hypéresthésie cutanée de point de Marc Burney. Il existe de l'empâtement de la fosse iliaque.

La diarrhée persiste.

Opération le 16 mars, ouverture d'un gros abcès appendicu-

laire d'où s'échappe environ un demi-litre de pus. Ablation de l'appendice. Drains.

Suites normales. Chute de la température.

Le 27 mars, 11 jours après la première intervention la température remonte. Le 29, M. Pierre Duval pratique le toucher rectal qui révèle la présence d'une collection de cul de sac de Douglas. La plaie opératoire n'étant pas fermée M. Duval introduit un doigt dans la plaie, le pus poussé par le doigt rectal s'évacue assez aisément et en abondance par la plaie opératoire. Suites bonnes.

Le malade sort guéri le 30 avril 1914.

# CONCLUSIONS

1° Il survient assez fréquemment après appendicectomie pour appendicite aigüe à grosse réaction péritonéale, ou après ouverture d'un abcès appendiculaire avec ablation de l'appendice, des abcès pelviens résiduels dans le cul de sac de Douglas.

2°. Les abcès se forment plusieurs jours après l'intervention — dix à douze jours en moyenne.

3° Leur apparition est annoncée par la reprise des phénomènes généraux — en particulier de la température et s'accompagne de dysurie — de difficulté de la défécation

4° Le toucher rectal les révèle et doit être pratiqué chaque fois qu'un opéré d'appendicite voit sa température remonter et son état général s'altérer.

5° Ils sont susceptibles de s'ouvrir spontanément dans le rectum.

6° Leur traitement de choix est la simple incision rectale suivie ou non de drainage et sans attendre l'ouverture spontanée.

Vu, le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


**Barnard.** — Pelvic. abcess. Clinical Journal. 1903.

**Barling.** — Atypical appendicite. Birmingh. Méd. Rev. 1904.

**Batut.** — Fistules consécutives à l'opération de l'appendicite. Th. Montpellier, 1912, n° 85.

**Battle.** — The practitionner 1907.

**Berard et Patel.** — *Revue de gynécol. et de chirurg. abdominale*, 1903

**Berard et Vignard.** — L'appendicite. 1914. Paris.

**Bernard.** — *Clinical Journal* 1903.

**Broca.** — *Bulletin Médical* 1901.

**Chevalier.** — Th. Paris.

**Denk.** — Résultate von 601 Appendizités opérationen. *Beitr. Z. Klin chir.* Tubingen, 1913, p. 481.

**Delbet.** — L'intervention dans l'appendicite. *La clinique*, 1912.

— Suppurations pelviennes. Paris, 1896.

**Dormoy.** — Th. Lyon, 1897.

**Esnault.** — Th. de Paris.

**Hartwell.** — Treatment of spreading peritonitis after appendicitis. *Méd Surg.* Rep. Presb. hosp. N. Y. 1912, p. 473.

**Herzog.** — *Deutsche chirurgie*, vol. 46.

**Hug.** — 100 falle v. blinddarmentzündung. Erlangen. 25 p.

**Hughes.** — 2 cases of gangrenous appendicitis. *Brit. méd. journ.* London, 1913.

**Ivens.** — Four cases of pelvic abcess secondary to appendicitis. *The journ. of obstetricts aud Gynecology.* London, 1912.

**Jacobson.** — Opérations of surgery.

**Koch.** — Munch. *Méd. Woch.* 1889.

**Kropeit.** — *Zentralblatt.* f. d. Krankheiten der Harn et sexualorgane, vol. XVII.

**Von Khantz.** — Anurie bei douglasabcesse. *Wien, klin. Woch.* 1907.

**Lockwood.** — Appendicitis, 1906.

**Maurin.** — Th. Paris, 1890.

**Milko.** — Ub. Douglabc. bei appendicitis. Budapesti. Orvasi. reisal. 1907.

**Morian.** — *Uber d. Douglaseiterungen. Munch. méd. Woch.* 1906.

**Nœtzel.** — Brun's beitrage *Z. Klin. chir.* XLVII.

**Noon**. — A further series of cases of général peritonitis after appendicitis. St-Barth. hosp. Rep. Lond. 1913.

**Pendl**. — Zur therapie der épityphlitischen. Douglaseiterungen. *Wiener, klin. Woch.* 1902.

**Port**. — Die erofung perityphlitischer. Douglaseiterungen. *Munch. Méd. Woch.* 1901.

**Ransford**. — *Brit. méd. Journ.* 1904, p. 1077.

**Rocher**. — *Archives gén. de médecine* 1906.

**Rotter**. — Z. path. und therap. d. Douglasseiterung bei perityphlitis. *Deuts. méd. Woch.* 1900, n° 39.

— *Arch. f. klin. chir.* 1901.

**Routier**. — *Bulletin médical.* 1912.

**Rutherford Morison**. — Abcess in connection with the vermiform appendix. *Lancet*, 1901.

— Appendicitis. North. et Durham méd. Journ. 1904.

**Saint-John**. — Appendicular abcess. The Practionner. London, 1912.

**Sonnenburg**. *Archiv. f. klin. chirurgie.* Bd. LIX.

**Surner**. Some Surgical aspects of appendicitis. North. Durham, *méd. Journ.* 1903.

— Some aspects of pelvic appendicitis. The Practitionner, 1906.

— Abcess in connection with vermiform appendix. *Lancet*, 1901, p. 23.

— *Brit. méd. Journ.* 20, 1904.

**William**. — 1411 opérations v. Appendicitis. M. S. Rep. Presb. Hosp. 1912, p. 445.

# TABLE DES MATIÈRES


AVANT-PROPOS . . . . . 11

INTRODUCTION . . . . . 13

CHAPITRE PREMIER. — Tableau clinique de l'abcès pelvien résiduel . . . . . 17

CHAP. II. — Traitement . . . . . 20

CHAP. III. — Causes de l'abcès pelvien résiduel . . . . . 22

OBSERVATIONS . . . . . 24

CONCLUSIONS . . . . . 38

BIBLIOGRAPHIE . . . . . 39



Imprimerie Charentaise, 15, Rue d'Arcole, Angoulême